



¹ Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента

² Центральная государственная медицинская академия Управления делами Президента РФ

³ Российский государственный социальный университет

⁴ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова

⁵ АО «Медицина», Москва

⁶ Медицинский научно-образовательный центр Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

⁷ Национальное общество по изучению проблем липидологии и ассоциированных метаболических заболеваний

Фибрилляция предсердий. Клинические рекомендации – 2024*. Краткий обзор

О.Ш. Ойноткинова^{1, 2, 3}, Г.Е. Ройтберг^{4, 5}, С.Т. Мацкеплишвили⁶, В.Н. Ларина⁴,
А.А. Гаврилова⁷, О.М. Масленникова², О.О. Шархун⁴

Адрес для переписки: Ольга Шонкоровна Ойноткинова, olga-oynotkinova@yandex.ru

Для цитирования: Ойноткинова О.Ш., Ройтберг Г.Е. Мацкеплишвили С.Т. и др. Фибрилляция предсердий. Клинические рекомендации – 2024. Краткий обзор. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (43): 8–16.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-43-8-16

В кратком обзоре представлены ведущие изменения рекомендаций Европейского общества кардиологов в сотрудничестве с экспертами Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов и Европейской ассоциации сердечного ритма 2024 г. и новый подход к терапии пациентов с фибрилляцией предсердий – AF-CARE.

Ключевые слова: фибрилляция предсердий, класс рекомендации, уровень доказательности, принцип AF-CARE

Обновленные клинические рекомендации по лечению пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП), разработанные группой экспертов Европейского общества кардиологов (ЕОК) в сотрудничестве с экспертами Европейской ассоциации кардиоторакальных хирургов и Европейской ассоциации сердечного ритма, впервые были представлены и обсуждены на Европейском конгрессе кардиологов в Лондоне в сентябре 2024 г. и опубликованы в свободном доступе в Европейском кардиологическом журнале (European Heart Journal). Выход текущей версии рекомендаций обусловлен накоплением фактических данных в области ФП, при этом каждая рекомендация обоснована определенным классом и уровнем доказательности. Классы рекомендаций и уровни достоверности различных видов диагностики и лечения оценивались в соответствии с рекомендациями ЕОК.

Классы рекомендаций:

- I – доказательства и/или общее согласие с тем, что данное лечение или процедура являются полезными и результативными (рекомендуется/показано);
- II – противоречивые данные и/или расхождение во мнениях относительно полезности/эффективности данного лечения или процедуры:

- Ia – преобладают доказательства/мнения, свидетельствующие о пользе/эффективности (целесообразно применять);
- Ib – полезность/эффективность в меньшей степени подтверждается фактическими данными/мнениями (можно применять);
- III – доказательства или общее согласие с тем, что данное лечение или процедура не являются полезными/эффективными, а в некоторых случаях могут быть вредными (не рекомендуется).

Уровни доказательности:

- A – данные, полученные в результате многочисленных рандомизированных клинических исследований или метаанализов;
- B – данные одного рандомизированного клинического исследования или крупных нерандомизированных исследований;
- C – согласованное мнение экспертов и/или небольшие исследования, ретроспективные исследования, регистры.

Критерии постановки диагноза ФП: подтверждение с помощью электрокардиографического исследования (12 отведений, несколько или одно отведение) рекомендовано для установления диагноза клинической ФП и начала стратификации риска

* Van Gelder I.C., Rienstra M., Bunting K.V., et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). Eur. Heart J. 2024; 45 (36): 3314–3414.



и лечения (здесь и далее в скобках приводится класс рекомендаций и уровень доказательности, I A). Период времени ФП, необходимый для диагностики на устройствах мониторинга, не является четко определенным. Стандартная электрокардиограмма (ЭКГ) с 12 отведениями регистрируется обычно в течение 10 секунд. Для устройств регистрации ЭКГ с одним или несколькими отведениями требуется длительность записи от 30 секунд или более (консенсусное мнение). ФП не ставится по данным носимых устройств, которые обычно используют фотоплетизмографию.

Диагностическая оценка впервые выявленной ФП. В рамках диагностической оценки впервые выявленной ФП предусматривается обязательное проведение трансторакальной ЭхоКГ пациентам с диагнозом ФП, поскольку данный вид исследования будет определять решение о тактике лечения (I C).

Принцип AF-CARE. В рекомендациях особое внимание уделяется совместному принятию решений в рамках выбора тактики лечения. Пациентоориентированный и комплексный подход к лечению пациентов с ФП означает работу с определенной «моделью» ухода, которая уважает опыт, ценности, потребности и предпочтения пациента в планировании, координации и предоставлении ухода. Центральным компонентом этой модели являются терапевтические взаимоотношения между пациентом и многопрофильной командой медицинских работников.

При лечении ФП, ориентированном на пациента, пациенты рассматриваются не как пассивные получатели медицинских услуг, а как активные участники, работающие в качестве партнеров вместе с медицинскими работниками. Лечение ФП, ориентированное на пациента, требует интеграции всех аспектов лечения ФП. Они включают контроль симптомов, рекомендации по образу жизни, психосоциальную поддержку и лечение сопутствующих заболеваний наряду с оптимальным медицинским лечением, состоящим из фармакотерапии, кардиоверсии и интервенционной или хирургической абляции. На основании этого был введен принцип AF-CARE. Подход AF-CARE охватывает многие устоявшиеся принципы в ведении пациентов с ФП, но делается это в систематическом, ориентированном на пациента формате с четырьмя основными принципами лечения:

- С – тщательный поиск и оценка сопутствующих заболеваний и факторов риска;
- А – профилактика инсульта и тромбоэмболических осложнений;
- R – уменьшение выраженности симптомов и рецидивов ФП за счет эффективной терапии и контроля ритма или частоты сердечных сокращений;
- E – оценка и повторная динамичная переоценка факторов риска, используемой терапии, риска тромбоэмболических и геморрагических событий.

В рамках новых рекомендаций пациентоориентированный подход следует рассматривать так: целесообразно проводить обучение пациентов, членов их семей, лиц, осуществляющих уход, и медицинских работников для оптимизации совместного принятия

решений, способствуя открытому обсуждению как преимуществ, так и рисков, связанных с каждым вариантом лечения (I C).

Доступ к пациентоориентированному лечению, в соответствии с принципами AF-CARE, рекомендован всем пациентам с ФП независимо от пола, этнической принадлежности и социально-экономического статуса для обеспечения равенства в предоставлении медицинской помощи и улучшения результатов (I C). Пациентоориентированное лечение ФП с многопрофильным подходом следует рассматривать у всех пациентов с ФП для оптимизации лечения и улучшения результатов (IIa B).

Управление сопутствующими заболеваниями и факторами риска. Широкий спектр сопутствующих заболеваний связан с рецидивом и прогрессированием ФП. Управление сопутствующими заболеваниями также имеет решающее значение для успешного проведения терапии. Имеются доказательства положительного влияния на прогноз и течение ФП при эффективном управлении гипертонической болезнью, сердечной недостаточностью (СН), сахарным диабетом, ожирением, синдромом обструктивного апноэ сна. Важную роль также играет изменение образа жизни, которое подразумевает увеличение физической активности и уменьшение употребления алкоголя. Выявление и лечение таких сопутствующих заболеваний и групп факторов риска – важная составляющая эффективного лечения AF-CARE. Управление сопутствующими заболеваниями и факторами риска подразумевает следующее. Диуретики показаны пациентам с ФП и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) с признаками застоя для облегчения симптомов и лучшего управления течением ФП (I C). Оптимальная медикаментозная терапия ХСН рекомендована пациентам с ФП с СН со сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) для уменьшения симптомов и/или частоты госпитализаций по поводу СН и предотвращения рецидива ФП (I B). Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера-2 рекомендованы пациентам с ХСН и ФП независимо от ФВЛЖ для снижения риска госпитализации по поводу ХСН и сердечно-сосудистой смерти (I A). Эффективный контроль гликемии рекомендован как часть комплексного управления факторами риска у лиц с сахарным диабетом и ФП для снижения бремени, рецидивов и прогрессирования ФП (I C). Бариатрическая хирургия может рассматриваться в сочетании с изменением образа жизни и медикаментозным лечением у лиц с ФП и индексом массы тела ≥ 40 кг/м², у которых планируется проведение стратегии контроля ритма, чтобы снизить вероятность рецидивов и прогрессирования ФП (IIb C). Лечение обструктивного апноэ сна может рассматриваться как часть комплексного устранения факторов риска у лиц с ФП для снижения количества рецидивов и прогрессирования (IIb B). При скрининге обструктивного апноэ сна у лиц с ФП нецелесообразно изолированное использование опросников по оценке выраженности симптомов (III B).



Начало приема пероральных антикоагулянтов.

В рамках новых рекомендаций по ведению пациентов с ФП предусмотрена терапия пероральными антикоагулянтами для всех пациентов с высоким риском тромбоэмболических осложнений и клинической ФП. Оценку риска в парадигме данных рекомендаций следует проводить по шкале CHA₂DS₂-VA. Отличительной особенностью данной шкалы является отсутствие дополнительного балла за параметр пола. Таким образом, начало приема пероральных антикоагулянтов регламентируется следующим. Пероральные антикоагулянты рекомендованы пациентам с клинически выраженной ФП с повышенным тромбоэмболическим риском для предотвращения ишемического инсульта и тромбоэмболии (I A). 2 балла и более по шкале CHA₂DS₂-VA рекомендовано рассматривать в качестве индикатора повышенного тромбоэмболического риска для принятия решения о начале приема пероральных антикоагулянтов (I C). 1 балл по CHA₂DS₂-VA определяется как показатель повышенного тромбоэмболического риска для принятия решения о начале приема пероральных антикоагулянтов (IIa C). Пероральные антикоагулянты рекомендованы всем пациентам с ФП и гипертрофической кардиомиопатией или амилоидозом сердца независимо от оценки по CHA₂DS₂-VA для предотвращения ишемического инсульта и тромбоэмболии (I B). *Рекомендована*

индивидуальная переоценка тромбоэмболического риска через определенные интервалы времени у пациентов с ФП, чтобы гарантировать начало антикоагуляции у соответствующих пациентов (I B). Терапия пероральными антикоагулянтами может рассматриваться у пациентов с бессимптомной субклинической ФП, обнаруженной с помощью устройства, и повышенным тромбоэмболическим риском для предотвращения ишемического инсульта и тромбоэмболии, за исключением пациентов с высоким риском кровотечения (IIb B).

Обновленные определения для оценки риска по шкале CHA₂DS₂-VA представлены в таблице (адаптировано из табл. 10 рекомендаций Европейского общества кардиологов по ведению пациентов с ФП (Table 10. Updated definitions for the CHA₂DS₂-VA score)).

Пероральные антикоагулянты (ПОАК). Антагонисты витамина К (АВК), в основном варфарин, но также и другие производные кумарина и индандиона были основными препаратами для профилактики тромбоэмболических событий в аспекте ФП. Очевидно, что было необходимо достичь баланса между профилактикой тромбоэмболии и сохранением физиологического гемостаза. При этом внутричерепное и другое крупное кровотечение, связанное с АВК, является наиболее критическим ограничением для принятия оральных антикоагулянтов. Глобальный переход на ПОАК (в качестве терапии первой линии)

Обновленные определения для оценки риска CHA₂DS₂-VA

Компонент CHA ₂ DS ₂ -VA	Определение	Балл
C Congestive heart failure	Сердечная недостаточность. Симптомы и признаки сердечной недостаточности (независимо от ФВЛЖ, включая ХСНнФВ, ХСНсФВ, ХСН с промежуточной ФВ) или наличие бессимптомной ФВЛЖ ≤ 40%	1
H Hypertension	Артериальная гипертензия. Артериальное давление в состоянии покоя > 140/90 мм рт. ст. по крайней мере при двух измерениях или текущее антигипертензивное лечение. Оптимальный целевой показатель артериального давления, связанный с наименьшим риском серьезных сердечно-сосудистых событий, составляет 120–129/70–79 мм рт. ст. (или поддерживать на разумно низком уровне)	1
A Age	Возраст. Возраст является независимым фактором, определяющим риск ишемического инсульта. Возрастной риск представляет собой континуум, но из практических соображений два балла даются для возраста ≥ 75 лет	2
D Diabetes mellitus	Сахарный диабет. Сахарный диабет (тип 1 или тип 2), определяемый в соответствии с принятыми в настоящее время критериями, или лечение с использованием терапии, направленной на снижение уровня глюкозы	1
S Stroke	Инсульт, ТИА, артериальная тромбоэмболия. Перенесенный инсульт, ТИА или артериальная тромбоэмболия связаны с крайне высоким риском рецидива, поэтому оцениваются в 2 балла	2
V Vascular diseases	Сосудистые заболевания. Ишемическая болезнь сердца, включая перенесенный инфаркт миокарда, стенокардию, историю коронарной реваскуляризации (хирургической или чрескожной) и значительный коронарный атеросклероз по данным ангиографии или визуализации сердца или заболевание периферических сосудов, включая перемежающуюся хромоту, предыдущую реваскуляризацию по поводу периферического атеросклероза, чрескожное или хирургическое вмешательство на брюшной аорте и сложную аортальную бляшку по данным визуализации (определяется как признаки подвижности, изъязвления, ножки или толщины ≥ 4 мм)	1
A Age	Возраст. Балл начисляется за возраст от 65 до 74 лет	1



изменил этот баланс риска и пользы, что позволило более широко назначать их без необходимости рутинного мониторинга. Выделены следующие положения. Снижение дозы ПОАК не рекомендуется, если пациент не соответствует специфическим критериям для снижения вероятности предотвратимых тромбоэмболических событий (III B). Продолжение лечения АВК вместо перехода на ПОАК может быть рассмотрено у пациентов в возрасте ≥ 75 лет со стабильным уровнем международного нормализованного отношения (МНО) в терапевтическом диапазоне и с полипрагазией для предотвращения избыточного риска кровотечения (IIb B).

Антиагрегантные препараты и их комбинации с антикоагулянтами. Антиагрегантные препараты, такие как аспирин и клопидогрел, не являются альтернативой оральным антикоагулянтам. Их не следует использовать для профилактики инсульта. Кроме того, они могут нанести потенциальный вред, что чаще всего проявляется повышенным риском кровотечения (особенно у пожилых пациентов с ФП). Сочетание ПОАК с антиагрегантами (особенно ацетилсалициловой кислотой) без достаточных показаний часто встречается в клинической практике. Установлено, что кровотечения чаще происходят при комбинированном применении антитромботических препаратов и антикоагулянтов, но явных преимуществ с точки зрения профилактики инсульта или смерти не зафиксировано. В целом сочетание антиагрегантных препаратов с антикоагулянтами (ПОАК или АВК) следует применять только у отдельных пациентов с острыми сосудистыми заболеваниями (например, с острым коронарным синдромом). Таким образом, был сделан вывод, что добавление антиагрегантов к ПОАК не рекомендовано пациентам с ФП с целью предотвращения ишемического инсульта или тромбоэмболии.

Остаточный риск ишемического инсульта на фоне применения антикоагулянтной терапии. Хотя ПОАК значительно снижают риск ишемического инсульта у пациентов с ФП, остаточный риск повторного инсульта сохраняется. Треть пациентов с ФП, у которых развился ишемический инсульт, уже принимали антикоагулянты. Причины могут включать в себя не связанные с ФП конкурирующие механизмы инсульта (например, заболевания крупных артерий и мелких сосудов), несоблюдение режима терапии, необоснованно низкую дозу антикоагулянта или тромбоэмболию, несмотря на достаточную антикоагуляцию. Лабораторное измерение уровня МНО может помочь выявить поддающуюся лечению причину инсульта. Кроме того, независимо от статуса антикоагуляции у пациентов с ишемическим инсультом чаще встречаются сердечного-сосудистые факторы риска. Недостаточно пристального внимания к основным факторам риска и сопутствующим заболеваниям, важен адекватный подход к ведению пациентов с инсультом. Несмотря на прием ПОАК, алгоритм ведения пациентов остается проблематичным.

Новые рекомендации предусматривают следующие стратегии. Тщательное диагностическое обследование следует проводить у пациентов, принимающих ПОАК и имеющих ишемический инсульт или тромбоэмболию, для предотвращения повторных событий, включая оценку некардиоэмболических причин, сосудистых факторов риска, дозы и соблюдения режима лечения (IIa B). Добавление антиагрегантной терапии к антикоагулянтной терапии не рекомендовано у пациентов с ФП для предотвращения повторного эмболического инсульта (III B). Переход с одного ПОАК на другой или с ПОАК на АВК без четких показаний не рекомендован пациентам с ФП для предотвращения повторного эмболического инсульта (III B).

Хирургическая окклюзия ушка левого предсердия. Хирургическая окклюзия, или выключение ушка левого предсердия (УЛП), может способствовать профилактике инсульта у пациентов с ФП, перенесших операцию на сердце.

Новые рекомендации подразумевают следующее. Хирургическое закрытие УЛП следует рассматривать как дополнение к пероральной антикоагуляции у пациентов с ФП, проходящих эндоскопическую или гибридную абляцию ФП, для предотвращения ишемического инсульта и тромбоэмболии (IIa C). Отдельное эндоскопическое хирургическое закрытие УЛП можно рассматривать у пациентов с ФП и противопоказаниями к длительному лечению антикоагулянтами для предотвращения ишемического инсульта и тромбоэмболии (IIb C).

Управление кровотечением при антикоагулянтной терапии. Оценка пациентов с активным кровотечением должна включать подтверждение места кровотечения, его тяжести, типа/дозы/времени последнего приема антикоагулянта, сопутствующего использования других антитромботических средств и других факторов, влияющих на риск кровотечения (функция почек, количество тромбоцитов и прием дополнительных лекарственных средств, особенно нестероидных противовоспалительных). Диагностические и лечебные мероприятия для выявления и устранения причины кровотечения (например, гастроскопия) должны проводиться незамедлительно. В случаях незначительного кровотечения обычно достаточно временной отмены антикоагулянтов для устранения причины. Следует отметить, что снижение антикоагулянтного эффекта зависит от уровня МНО для АВК или периода полувыведения конкретного перорального антикоагулянта. При массивных кровотечениях у пациентов, принимающих АВК, введение свежезамороженной плазмы восстанавливает коагуляцию быстрее, чем витамин К, но концентраты протромбинового комплекса обеспечивают еще более быструю коагуляцию крови с меньшим количеством осложнений и поэтому являются предпочтительными для достижения гемостаза. У пациентов, которые принимают ПОАК и у которых последняя доза ПОАК была принята в течение 2–4 часов, прием активированного угля и/или промывание желудка



могут снизить дальнейшее воздействие. Если пациент принимает дабигатран, идаруцизумаб может полностью обратить его антикоагулянтный эффект и помочь достичь гемостаза в течение 2–4 часов. Диализ также может быть эффективным для снижения концентрации дабигатрана. Андексанет альфа быстро снижает активность ингибиторов фактора Ха (аписабан, эдоксабан, ривароксабан). Из-за сложностей управления кровотечением у пациентов, принимающих антикоагулянты, рекомендуется, чтобы каждое учреждение разработало специальную стратегию с участием многопрофильной команды, включающей кардиологов, гематологов, врачей неотложной помощи/специалистов по интенсивной терапии, хирургов. Важно также информировать пациентов, получающих антикоагулянты, о признаках и симптомах кровотечений и необходимости сообщать своему лечащему врачу о таких случаях. Решение о возобновлении приема ПОАК будет определяться тяжестью, причиной и последующим лечением кровотечения, желательно многопрофильной командой. Невозможность возобновить прием ПОАК после кровотечения значительно увеличивает риск инфаркта миокарда, инсульта и смерти. Однако если причину тяжелых или опасных для жизни кровотечений невозможно вылечить или устранить, риск продолжающегося кровотечения может превысить пользу тромбозо-защиты.

Следует отметить, что в рекомендациях ЕОК по ведению пациентов с ФП 2020 г. говорилось о формальной оценке риска кровотечения. Было рекомендовано использовать показатель шкалы HAS-BLED, который помогает учитывать модифицируемые факторы риска кровотечения и выявлять пациентов с высоким риском кровотечения (оценка HAS-BLED ≥ 3) для более раннего и частого клинического осмотра и последующего наблюдения. В настоящих рекомендациях оценка и контроль модифицируемых факторов риска кровотечения предусмотрены для всех пациентов, имеющих право на пероральную антикоагуляцию, в рамках совместного принятия решений для обеспечения безопасности и предотвращения кровотечения. Шкала HAS-BLED является одним из возможных, но не обязательных инструментов оценки риска кровотечения.

В новые рекомендации по ведению пациентов с ФП входит следующий пункт: специальные антидоты необходимо рассматривать у пациентов с ФП, которые принимают ПОАК и у которых развивается опасное для жизни кровотечение или кровотечение в критической локализации, для устранения анти-тромботического эффекта (IIb C).

Управление частотой сердечных сокращений у пациентов с ФП. Ограничение высокой частоты сердечных сокращений является неотъемлемой частью лечения ФП и часто бывает достаточным для улучшения симптомов, связанных с ФП. Контроль частоты показан в качестве начальной терапии в острых случаях. Кроме того, контроль частоты может использоваться в сочетании с терапией контроля ритма

или как единственная стратегия лечения для контроля частоты сердечных сокращений и уменьшения симптомов.

В рамках рекомендаций обозначено: терапия для контроля частоты сердечных сокращений рекомендуется пациентам с ФП в качестве начальной терапии в острых случаях, в качестве дополнения к терапии контроля ритма или в качестве единственной стратегии лечения для контроля частоты сердечных сокращений и уменьшения симптомов (I B). Бета-блокаторы, дилтиазем, верапамил или дигоксин рекомендуются в качестве препаратов первого выбора у пациентов с ФП и ФВЛЖ $> 40\%$ для контроля частоты сердечных сокращений и уменьшения симптомов (I B). Абляция АВ-узла в сочетании с сердечной ресинхронизирующей терапией должна рассматриваться у пациентов с тяжелыми симптомами постоянной ФП и по крайней мере одной госпитализацией по поводу СН для уменьшения симптомов, физических ограничений, повторной госпитализации по поводу СН и смертности (IIa B).

Общие принципы и антикоагуляция. Контроль ритма относится к терапии, направленной на восстановление и поддержание синусового ритма. Эти методы лечения включают кардиоверсию, антиаритмическую терапию, чрескожную катетерную абляцию, эндоскопическую и гибридную абляцию, а также хирургические вмешательства (закрытие УЛП). Контроль ритма не является самостоятельной стратегией, вместо этого он всегда должен быть частью подхода AF-CARE. Пациентам с острой или ухудшающейся гемодинамической нестабильностью, предположительно вызванной ФП, рекомендуется быстрая электрическая кардиоверсия. Для других пациентов следует рассмотреть выжидательный подход в качестве альтернативы незамедлительной кардиоверсии.

Многочисленные исследования показали, что стратегии контроля ритма положительно влияют на качество жизни при сохранении синусового ритма. Поэтому в случае неопределенности наличия симптомов, связанных с ФП, попытка восстановления синусового ритма считается рациональным первым шагом. У пациентов с выраженными симптомами следует учитывать индивидуальные факторы, которые могут благоприятно влиять на попытку контроля ритма, включая подозрение на тахикардиомиопатию, краткий анамнез ФП, нерасширенное левое предсердие или предпочтения пациента. Необходимо учитывать, что любая процедура контроля ритма имеет неотъемлемый риск тромбозоэмболии. Пациентам, проходящим кардиоверсию, требуется не менее трех недель терапевтической антикоагуляции перед электрической или фармакологической кардиоверсией. В острых ситуациях или при необходимости ранней кардиоверсии можно провести чреспищеводную ЭхоКГ для исключения сердечного тромба. При обнаружении тромба целесообразно назначить терапевтическую антикоагуляцию на срок не менее



четыре недели с последующей повторной чреспищеводной ЭхоКГ для обеспечения разрешения тромба. Если продолжительность ФП составляет менее 48 часов, кардиоверсия обычно рассматривается без необходимости предварительной процедуры антикоагуляции или чреспищеводной ЭхоКГ для исключения тромба. Однако точное начало ФП часто неизвестно. Кардиоверсия не рекомендуется, если продолжительность ФП превышает 24 часа, если только пациент уже не получал не менее трех недель терапевтической антикоагуляции или не проводилась чреспищеводная ЭхоКГ для исключения внутрисердечного тромба. Большинству пациентов следует продолжать прием антикоагулянтов в течение не менее четырех недель после кардиоверсии. Только для тех, у кого факторы риска тромбоэмболии отсутствуют и синусовый ритм восстановился в течение 24 часов с момента начала ФП, антикоагулянты после кардиоверсии необязательны. При наличии каких-либо факторов риска тромбоэмболии следует назначать долгосрочную антикоагулянтную терапию независимо от исхода ритма.

Таким образом, в новых рекомендациях обозначены следующие принципы. Прямые пероральные антикоагулянты рекомендуются в качестве предпочтительного варианта по сравнению с АВК у подходящих пациентов с ФП, проходящих кардиоверсию для снижения риска тромбоэмболии (I A). Кардиоверсия ФП (электрическая или фармакологическая) должна рассматриваться у симптомных пациентов с персистирующей ФП как часть подхода к контролю ритма (IIa B). Выжидательный подход к спонтанному восстановлению синусового ритма в течение 48 часов от начала ФП следует рассматривать у пациентов без гемодинамических нарушений в качестве альтернативы немедленной кардиоверсии (IIa B). Внедрение стратегии контроля ритма необходимо рассматривать в течение 12 месяцев после постановки диагноза у отдельных пациентов с ФП с риском тромбоэмболических событий для снижения риска сердечно-сосудистой смерти или госпитализации (IIa B). Ранняя кардиоверсия не рекомендована без соответствующей антикоагуляции или чреспищеводной ЭхоКГ, если длительность ФП превышает 24 часа или есть возможность дождаться спонтанной кардиоверсии (III C).

Электрическая кардиоверсия. Электрическую кардиоверсию (ЭКВ) можно безопасно применять в плановом порядке и в острых ситуациях с помощью мидазолама, пропофола или этомидата с целью седации. Следует учитывать, что частота серьезных нежелательных клинических явлений после кардиоверсии значительно ниже на фоне приема ПАОК по сравнению с варфарином. В ряде случаев персистирующей ФП нет четкой связи между аритмией и симптомами. В таких ситуациях восстановление синусового ритма с помощью электрической кардиоверсии может служить подтверждением влияния аритмии на симптомы и/или на симптомы и признаки СН. Подобный подход может быть полезен для выявления

действительно бессимптомных лиц, оценки влияния ФП на функцию левого желудочка у пациентов с ХСН со сниженной фракцией выброса и дифференциации симптомов, связанных с ФП, от симптомов СН.

В новых рекомендациях по ведению пациентов с ФП сказано, что электрическая кардиоверсия как диагностический инструмент должна рассматриваться у пациентов с персистирующей ФП, когда есть неопределенность относительно ценности восстановления синусового ритма при симптомах или для оценки улучшения функции левого желудочка (IIa C).

Антиаритмические препараты. Задачами долгосрочного контроля ритма являются поддержание синусового ритма, улучшение качества жизни, замедление прогрессирования ФП и потенциальное снижение заболеваемости, связанной с эпизодами ФП. Антиаритмические препараты не устраняют рецидивы ФП, но у пациентов с пароксизмальной или персистирующей ФП рецидив не эквивалентен неудачному лечению, поэтому если эпизоды менее частые, более короткие или менее симптоматичные, то применение антиаритмических препаратов обоснованно. Антиаритмические препараты также играют роль в долгосрочном контроле ритма у пациентов с ФП, которые не подходят для катетерной или хирургической абляции или не желают их выполнять. Перед началом лечения следует выявить обратимые триггеры и провести лечение сопутствующих заболеваний, чтобы предотвратить прогрессирование ФП и способствовать поддержанию синусового ритма. Все антиаритмические препараты могут вызывать серьезные сердечные (проаритмия, отрицательный инотропизм, гипотензия) и экстракардиальные побочные (органный токсичность, в основном вызываемая амиодароном) эффекты. Безопасность, а не эффективность препарата должна определять его выбор. В отношении антиаритмических препаратов в новых рекомендациях предусмотрено следующее. Антиаритмическая лекарственная терапия не рекомендуется пациентам с выраженными нарушениями проводимости, если не проводится антибрадикардическая стимуляция (III C). При заболевании синусового узла/синдроме тахикардии/брадикардии катетерная абляция ФП должна рассматриваться у пациентов с брадикардией, связанной с ФП, или синусовыми паузами при прекращении ФП для улучшения симптомов и избежания имплантации кардиостимулятора (IIa C). Повторная катетерная абляция ФП должна рассматриваться у пациентов с рецидивом ФП после первоначальной катетерной абляции (при условии, что симптомы улучшились после первоначальной абляции или после неудачной первоначальной абляции) для уменьшения симптомов, риска рецидива и прогрессирования ФП (IIa B). **Антикоагуляция у пациентов, перенесших катетерную абляцию.** Наличие тромба в левом предсердии является противопоказанием к катетерной абляции ФП из-за риска смещения тромба, что приводит к ишемическому инсульту. Пациенты, которым



запланирована катетерная абляция ФП с повышенным риском тромбоэмболии, должны принимать антикоагулянты не менее трех полных недель до процедуры. На практике применяется широкий спектр методов визуализации внутрисердечных тромбов перед катетерной абляцией, включая трансторакальную ЭхоКГ, внутрисердечную ЭхоКГ или компьютерную томографию сердца. Кардиовизуализация перед катетерной абляцией должна рассматриваться в группах пациентов с высоким риском независимо от предшествующей эффективной антикоагулянтной терапии. Все пациенты должны принимать антикоагулянты в течение как минимум двух месяцев после процедуры абляции ФП независимо от предполагаемого тромбоэмболического риска. Дальнейший прием антикоагулянтов зависит от риска тромбоэмболических осложнений.

Согласно новым рекомендациям, непрерывная пероральная антикоагуляция рекомендуется пациентам, перенесшим катетерную абляцию ФП, для предотвращения перипроцедурного ишемического инсульта и тромбоэмболии (I A).

Показатели исхода, сообщаемые пациентами. Пациенты с ФП имеют более низкое качество жизни по сравнению с общей популяцией. Улучшение качества жизни и функционального статуса играет ключевую роль в оценке и переоценке решений о лечении. Показатели результатов, сообщаемые пациентами, имеют ценность для оценки качества жизни, функционального статуса, симптомов и бремени лечения для больных. Благодаря более широкому использованию опыта пациентов на институциональном уровне появляется возможность улучшить качество медицинской помощи, оказываемой пациентам с ФП.

В новых рекомендациях указано, что оценка качества лечения и выявление возможностей для улучшения лечения ФП должны рассматриваться врачами и учреждениями для улучшения бремени пациентов с ФП (IIa B).

Острые и хронические коронарные синдромы у пациентов с ФП. Частота возникновения ФП при острых коронарных синдромах (ОКС) колеблется от 2 до 23%. Риск возникновения ФП увеличивается на 60–77% у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, и ФП может быть связана с повышенным риском инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) или ОКС без ИМпST. В целом 10–15% пациентов с ФП подвергаются чрескожному вмешательству (ЧКВ) по поводу ИБС. Наблюдательные исследования показывают, что пациенты с ОКС и ФП с меньшей вероятностью получают адекватную антитромботическую терапию и с большей вероятностью столкнутся с неблагоприятными последствиями. При сочетании ФП и ОКС чаще всего показано использование нескольких антитромботических препаратов, состоящих из антиагрегантных средств и антикоагулянтов. Существует общая тенденция к сокращению продолжительности двойной антиагрегантной терапии для уменьшения риска

кровотечения, однако это может привести к увеличению ишемических событий и тромбоза стента. При ОКС существует высокий риск преимущественно тромбоцитарного атеротромбоза и, следовательно, коронарных ишемических событий. Острые коронарные синдромы, леченные ЧКВ требуют двойной антиагрегантной терапии для улучшения краткосрочного и долгосрочного прогноза. Поэтому перипроцедурный тройной антитромботический режим, включающий антикоагулянт, аспирин и P2Y₁₂ (ингибитор рецепторов тромбоцитов), должен быть стратегией по умолчанию для большинства пациентов. Пролонгированную тройную терапию в течение месяца после ОКС/ЧКВ следует рассматривать у пациентов с высоким ишемическим риском, например с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST, предшествующим тромбозом стента. У пациентов с ОКС или хроническим коронарным синдромом и сахарным диабетом, которым проводится имплантация коронарного стента, продление тройной терапии с использованием низких доз аспирина, клопидогрела и пероральных антикоагулянтов до трех месяцев может быть полезным, если риск тромбоза перевешивает риск кровотечения у конкретного пациента. Доказательства для лечения ОКС без реваскуляризации ограничены. От шести до 12 месяцев одного антиагрегантного препарата в дополнение к длительному приему антикоагулянтов обычно достаточно, это может минимизировать риск кровотечения.

Хотя прямых сравнений между аспирином и клопидогрелом не проводилось, в исследованиях обычно использовался клопидогрел. У пациентов с потенциальным риском желудочно-кишечного кровотечения целесообразно применение ингибиторов протонной помпы во время комбинированной антитромботической терапии, хотя данные о применении этих препаратов у пациентов с ФП ограничены. Пациентам с множественными заболеваниями, имеющими ОКС или ХКС, необходимы тщательная оценка ишемического риска и коррекция модифицируемых факторов риска кровотечения с комплексным обследованием для индивидуальной адаптации антитромботической терапии.

В соответствии с новыми рекомендациями, проведение антитромботической терапии более 12 месяцев не рекомендуется стабильным пациентам со стабильной ИБС или сосудистым заболеванием, получающим лечение пероральными антикоагулянтами, из-за отсутствия повышения эффективности и во избежание сильного кровотечения (III B).

Триггер-индуцированная ФП. Триггер-индуцированная ФП определяется как новая ФП в непосредственной связи с провоцирующим и потенциально обратимым фактором. Наиболее распространенным провоцирующим фактором, связанным с ФП, является острый сепсис, при котором распространенность ФП составляет от 9 до 20%, что ассоциируется с худшим прогнозом. В дополнение к другим острым триггерам, которые могут быть причиной (например, алкоголь и употребление наркотиков), многочисленные



состояния также связаны с хроническим воспалением. Перспективных исследований антикоагуляции у пациентов с триггерными эпизодами ФП недостаточно. Признавая, что нет рандомизированных клинических исследований, специально доступных в этой популяции, необходимо рассмотреть долгосрочную терапию антикоагулянтами у подходящих пациентов с ФП, вызванной триггером, которые имеют повышенный риск тромбоемболии. Как и при любом решении относительно антикоагулянтов, не все пациенты будут подходить для антикоагулянтной терапии. Инициация терапии зависит от относительных и абсолютных противопоказаний и риска большого кровотечения.

В новых рекомендациях ЕОК отмечается, что долгосрочная пероральная антикоагуляция должна рассматриваться у подходящих пациентов с триггер-индуцированной ФП при повышенном тромбоемболическом риске для предотвращения ишемического инсульта и системной тромбоемболии.

Послеоперационная ФП. Периоперационная ФП описывает начало аритмии во время текущего вмешательства. Послеоперационная ФП (ПОФП), определяемая как впервые возникшая ФП в непосредственном послеоперационном периоде, является распространенным осложнением с клиническими последствиями, которое возникает у 30–50% пациентов, перенесших операцию на сердце, и у 5–30% пациентов, перенесших несердечную операцию. Интра- и послеоперационные изменения и специфические триггеры ФП (включая периоперационные осложнения), а также уже существующие факторы риска, связанные с ФП, и сопутствующие заболевания повышают восприимчивость к ПОФП. Хотя эпизоды ПОФП могут прекращаться самостоятельно, ПОФП связана с 4–5-кратным увеличением рецидивов ФП в течение следующих пяти лет и является фактором риска инсульта, инфаркта миокарда, СН и смерти. Другие нежелательные явления, связанные с ПОФП, включают гемодинамическую нестабильность, длительное пребывание в больнице, инфекции, осложнения со стороны почек, кровотечения, увеличение смертности в больнице и более высокие расходы на здравоохранение. Профилактика периоперационной ФП может быть достигнута с помощью амиодарона. В метаанализе амиодарон (перорально или внутривенно) и бета-блокаторы были одинаково эффективны в снижении ПОФП, но их комбинация оказалась эффективнее, чем только бета-блокаторы. Применение более низких кумулятивных доз амиодарона (< 3000 мг в течение фазы загрузки) может быть эффективным и сопровождаться меньшим количеством побочных эффектов. Следует избегать отмены бета-блокаторов из-за повышенного риска развития ФП. Периоперационная задняя перикардиотомия в связи с уменьшением послеоперационного перикардального выпота показала значительное снижение ПОФП у пациентов, перенесших операцию на сердце. Таким образом, новые рекомендации по ведению пациентов с ФП предусматривают периоперационную терапию амиодароном, когда желательна

лекарственная терапия для предотвращения ПОФП после операции на сердце (I A). Сопутствующая задняя перикардиотомия должна рассматриваться у пациентов, перенесших операцию на сердце, для предотвращения ПОФП (IIa B).

Пациенты с эмболическим инсультом неизвестного происхождения. Термин «эмболический инсульт неустановленного источника» был введен для обозначения нелакунарных инсультов, механизм которых скорее всего является эмболическим, но источник остается неустановленным. Следует отметить, что у этих пациентов риск повторного инсульта составляет 4–5% в год. Основными источниками эмболии, связанными с эмболическими инсультами неизвестного происхождения, являются скрытая ФП, предсердная кардиомиопатия, заболевание левого желудочка, атеросклеротические бляшки, открытое овальное окно, клапанные заболевания и рак. Сообщается, что ФП служит основным механизмом у 30% пациентов с эмболическими инсультами неизвестного происхождения. Имеющиеся на текущий момент данные, включая два завершённых РКИ и одно остановленное из-за бесполезности, не поддерживают использование ПОАК по сравнению с аспирином у пациентов с острым эмболическим инсультом неизвестного происхождения без документированной ФП.

В новых рекомендациях по ведению пациентов с ФП утверждается, что начало пероральной антикоагуляции у пациентов с идиопатическим ишемическим инсультом без документированной ФП нецелесообразно из-за отсутствия доказанной эффективности в профилактике ишемического инсульта и тромбоемболии (III A).

Трепетание предсердий. Поскольку существует связь между трепетанием предсердий (ТП) и тромбоемболическими исходами, а также частым развитием ФП у пациентов с ТП, лечение сопутствующих заболеваний и факторов риска при ТП должно отражать таковое при ФП. Аналогично подход к профилактике тромбоемболии при ТП включает долгосрочный прием антикоагулянтов. Контроль частоты может быть труднодостижимым при ТП, несмотря на комбинированную терапию. Контроль ритма часто является терапией первой линии. Однако у большинства (50–70%) пациентов наблюдалась ФП после проведения аблации. Именно поэтому возникает необходимость долгосрочного динамического повторного обследования всех пациентов с ТП на основании AF-CARE.

Новые рекомендации регламентируют: ПОАК рекомендуются пациентам с ТП с повышенным тромбоемболическим риском для предотвращения ишемического инсульта и тромбоемболии (I B).

Стратегии скрининга ФП. Скрининг может проводиться систематически, по приглашению пациента или ситуационно во время какой-либо медицинской манипуляции. Независимо от способа приглашения скрининг должен быть частью структурированной программы, что не приравнивается к выявлению ФП



во время планового визита к врачу. Скрининг может проводиться с помощью пальпации пульса или 12-канальной ЭКГ, может быть продолжительным, с использованием прерывистого или непрерывного мониторинга сердечного ритма. Более чувствительные методы, обнаруживающие больше ФП, могут привести к увеличению риска ложноположительных результатов и более частому выявлению ФП с низкой степенью тяжести, тогда как более специфичные методы приводят к меньшему количеству ложноположительных результатов, но имеют риск пропуска ФП. Новые рекомендации по ведению пациентов с ФП предусматривают проведение анализа ЭКГ (12-канальной, одноканальной или многоканальной) врачом для постановки точного диагноза ФП и начала соответствующего лечения (I B). Популяционный скрининг ФП с использованием длительного неинвазивного подхода на основе ЭКГ следует рассматривать у лиц в возрасте ≥ 75 лет или ≥ 65 лет с дополнительными факторами риска $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VA}$ для обеспечения более раннего выявления ФП (IIa B). **Первичная профилактика ФП.** Предотвращение возникновения ФП до клинического проявления имеет явный потенциал для улучшения жизни населения в целом и снижения значительных расходов на здравоохранение и социальную помощь, связанных с развитием ФП. В то же время подход AF-CARE сосредоточен на эффективном управлении факторами риска и сопутствующими заболеваниями для ограничения рецидива и прогрессирования ФП. Имеются также доказательства, что те же факторы риска могут быть направлены на предотвращение ФП. **Факторы риска и методы их коррекции.** Для первичной профилактики ФП рекомендуется поддерживать оптимальное артериальное давление, при этом ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина являются терапией первой линии (I B). Лицам с ХСН и сниженной ФВЛЖ рекомендована соответствующая медикаментозная терапия ХСН

для профилактики ФП (I B). Для населения в целом рекомендуется поддерживать нормальную массу тела (индекс массы тела – 20–25 $\text{кг}/\text{м}^2$ для профилактики ФП) (I B), вести активный образ жизни, что эквивалентно 150–300 минутам в неделю аэробной физической активности умеренной интенсивности или 75–150 минутам в неделю аэробной физической активности высокой интенсивности (I B), избегать чрезмерного употребления алкоголя для профилактики ФП (I B). У лиц, которым требуется фармакологическое лечение сахарного диабета, для профилактики ФП следует рассмотреть возможность назначения метформина или ингибиторов натрий-глюкозного котранспортера 2-го типа (IIa B). Для лиц с ожирением следует рассмотреть возможность снижения веса для профилактики ФП (IIa B).

Таким образом, в обновленной версии клинических рекомендаций уделено внимание ФП как комплексному заболеванию, в связи с чем подход AF-CARE, включающий контроль за течением сопутствующих заболеваний и факторов риска, комплекс мер, направленных на профилактику инсульта и тромбоза эмболии, уменьшение выраженности симптомов благодаря более строгому контролю частоты и ритма, оценку и постоянную переоценку клинического состояния пациента, позиционируется как основной при ведении таких пациентов. Эксперты акцентируют внимание на необходимости активного вовлечения пациента с ФП в процесс принятия любых решений относительно диагностики, лечения и профилактики, а также в процесс контроля течения заболевания. Эксперты впервые обсуждают более широкое применение антикоагулянтной терапии и использование шкалы $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VA}$ (исключив пункт «пол») для принятия индивидуализированной тактики ведения, главная составляющая которой – безопасность. ☺

Atrial Fibrillation. Clinical Guidelines 2024. A Brief Overview

O.Sh. Oynotkinova^{1,2,3}, G.E. Roytberg^{4,5}, S.T. Matskeplishvili⁶, V.N. Larina⁴, A.A. Gavrilova⁷, O.M. Maslennikova², O.O. Sharkhun⁴

¹ Scientific Research Institute of Health Organization and Medical Management

² Central State Medical Academy of the Office of the President of the Russian Federation

³ Federation Russian State Social University

⁴ N.I. Pirogov Russian National Research Medical University

⁵ Medicine, JSC, Moscow

⁶ Medical Scientific and Educational Center of M.V. Lomonosov Moscow State University

⁷ National Society for the Study of Problems of Lipidology and Associated Metabolic Diseases

Contact person: Olga Sh. Oynotkinova, olga-oynotkinova@yandex.ru

The brief review presents the leading changes in the recommendations of the European Society of Cardiology in collaboration with experts from the European Association of Cardio-Thoracic Surgery and the European Heart Rhythm Association 2024 and a new approach to the treatment of patients with atrial fibrillation – AF-CARE.

Keywords: atrial fibrillation, recommendation class, level of evidence, AF-CARE principle